

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

285

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Gaston BURGAUD

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

LES ERYTHRODERMIES

Du Lichen Plan

Président : M. GILBERT, *professeur*

Juges } MM. BROUARDEL, *professeur*
DUPRÉ, *agrégé*
CARNOT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies éruptives et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agréés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

1901. Hôpital Lariboisière, Chirurgie

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUGUET

Stage 1901-1902. Hôpital Lariboisière, Médecine

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

Stage 1902. Hôtel-Dieu, Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR SEVESTRE

Externat, 1903. Hôpital Bretonneau, Maladie des enfants

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Externat, 1903-1904. Hôpital Boucicaut, Chirurgie

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANSELME

Externat, 1904-1905. Hôpital Tenon, Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Stage obstétrical, 1905. Clinique d'accouchement.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HALLOPEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Les Erythrodermies du Lichén Plan

INTRODUCTION

La complexité si grande des formes du lichen plan s'enrichit tous les jours de cas nouveaux, et nombreux sont les travaux parus tant sur les formes de cette espèce morbide que sur ses localisations et ses complications.

C'est la question d'une complication peu fréquente du lichen plan qui fera le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis, un cas typique de ces faits que nous décrivons sous le nom d'*érythrodermies du lichen plan*. Le type morbide qui est connu sous cette dénomination a été l'objet de plusieurs communications de M. Hallopeau à la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Dans la littérature dermatologique

allemande, nous avons retrouvé des faits semblables décrits par Jadassohn, Neisser, Juliusberg, Pinkus, sous le nom d'*exanthème psoriasiforme et lichénoïde*. En Angleterre, Radcliffe Crocker, Buchanam Baxter, ont également signalé des cas de ce genre.

Qu'il nous soit permis, au début de ce modeste travail de remercier tout particulièrement notre excellent maître M. Hallopeau, l'inspirateur de cette thèse, des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

M. le professeur Gilbert nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

CHAPITRE I

Du Lichen plan

En 1867, Erasmus Wilson donna la description clinique de la maladie qu'il appela *lichen plan*, et que l'on désigne souvent sous le nom de *lichen de Wilson*.

Le lichen plan est une dermatose caractérisée par la présence d'un élément typique qui est une papule. Cette papule de dimensions variables, brillante et lisse, presque microscopique au moment de son apparition peut atteindre les dimensions d'un grain de millet et même de chènevis.

Au début, ces papules sont généralement isolées, ne se confondant pas avec la peau saine, mais au contraire nettement limitées par des lignes polygonales qui s'entre-croisent.

Cette papule fait saillie à la peau, mais elle n'est pas acuminée, elle est aplatie au sommet, elle est dure et sèche et repose en s'étalant sur le derme épaissi et infiltré.

Sa coloration est généralement d'un rouge vif, quelquefois écarlate, d'autres fois jaunâtre.

Le volume de ces papules dépasse rarement celui d'un grain de chènevis, mais leur nombre augmente rapidement ; au début isolées, elles forment bientôt des nappes confluentes et plus ou moins étendues. Elles perdent alors leur aspect primitif, leur surface desquame en fines lames grisâtres qui, lorsqu'elles se détachent, laissent apparaître des stries blanchâtres que l'on voit facilement sur le fond rouge de la lésion et qui n'appartiennent qu'au lichen plan. Wickham considère ce signe comme pathognomonique.

Le lichen plan a une marche chronique ; il peut être circonscrit à certaines régions du corps ou au contraire en occuper toutes les parties. Sa présence à la face est très rare, rare également sa présence au cuir chevelu où l'éruption prend alors des caractères particuliers ; on le trouve souvent à la face interne des joues, mais il se localise le plus souvent sur le tronc, à la face antérieure des avant-bras, aux poignets, au coude, à la ceinture, au pénis, sur les membres inférieurs et quelquefois aussi à la plante des pieds et à la paume des mains.

Le lichen plan s'accompagne le plus souvent de démangeaisons, mais le prurit est d'intensité très variable : il peut faire complètement défaut, être intermittent ou continu, s'accompagnant parfois d'une véritable sensation de brûlure.

Le lichen peut revêtir une marche aiguë. Dans ce

cas, rapidement, en quelques jours, les papules en grande quantité peuvent couvrir toute la surface cutanée ; elles forment de vastes nappes diffuses avec épaissement et lichénification du derme, desquamation parfois très abondante persistant pendant plusieurs semaines et prurit intense.

A côté de la forme typique et normale du lichen plan que nous venons de décrire, cette dermatose peut revêtir d'autres aspects et les variétés qu'elle peut présenter sont nombreuses. On a décrit une variété *papulo-érythémateuse* (Hallopeau et Leredde) dans laquelle les parties intermédiaires aux papules sont le siège de lésions diverses : épaissement de la peau, aréole inflammatoire entourant les papules etc. ; une variété *miliaire aiguë* (Dubreuilh et Sabrazès) formée par une grande quantité de papules de toute petite dimension ; une forme *hypertrophique* (J. Fordyce) dans laquelle les papules de lichen plan forment des placards végétants, tubéreux, verruqueux ; une variété *en nappe pigmentée* (Hallopeau) formée de plaques isolées, rouge ou jaune, sur lesquelles se détachent des points pigmentés noirs ; une forme *atrophique* (Hallopeau) caractérisée par des papules moins nettes, moins colorées qui se groupent et forment des plaques à surface quadrillée et criblée de dépressions punctiformes entourées d'une légère saillie épidermique.

Le lichen plan est une affection très persistante durant de plusieurs mois à plusieurs années, récidivant quelquefois après guérison complète, mais bénigne et sans retentissement sur la santé générale.

Au point de vue microscopique, les altérations qui le caractérisent sont des altérations dermiques et épidermiques. « Les papilles du derme sont le siège d'une infiltration œdémateuse qui amène d'abord la réduction puis la disparition des cônes qui les séparent ; on y trouve également sur le trajet des capillaires de nombreuses cellules regardées par la plupart des histologistes comme des leucocytes. »

CHAPITRE II

Les Erythrodermies du Lichen plan.

Description

Les érythrodermies du lichen plan peuvent être des érythrodermies pré-lichéniques (obs. II) ; elles peuvent également se produire au cours ou à la fin du lichen (obs. III et IV).

Cette érythrodermie peut être généralisée, envahissant tous les téguments sans aucun intervalle de peau saine, ou se localiser à quelques parties du corps : face, tronc, membres supérieurs. Enfin elle peut dans certains cas se borner à quelques plaques de largeur variée, disséminées sur les diverses parties du corps.

L'éruption peut débiter par de petites taches rouges à peine grosses comme un grain de millet, prurigineuses qui s'élargissent et se rassemblent, ou par une série de larges plaques d'un rouge uniforme qui s'étendent rapidement et forment une nappe confluyente. Dans l'espace de quelques jours (Laver-

gne) un exanthème très étendu peut apparaître. Morès a observé dans deux cas l'apparition, dans une seule nuit, d'un érythème très étendu avec prurit intense. Dans l'observation IV, l'éruption est apparue brusquement la nuit et le lendemain était généralisée. Dans l'espace de une à deux semaines Rona vit apparaître dans plusieurs cas une éruption semblable.

Cette érythrodermie est d'un rouge vif, violacé par endroits, disparaissant peu ou pas à la pression du doigt. Suivant les régions, la coloration de l'érythème varie, elle est d'un rouge plus clair à la face que sur les autres parties du corps. D'après Dubreuilh et Sabrazès, les éléments sont disséminés sans ordre, sans apparence de groupement sur un fond rouge sombre : dans ce cas l'exanthème ressemble à une « *érythrodermie mycosique* » (Hallopeau et Le Sourd).

La peau est rouge, sèche, écailleuse. La desquamation en effet ne se fait pas attendre longtemps ; peu de temps après le début, alors que la peau est encore très rouge, elle se fait en lamelles larges et sèches ou le plus souvent en fines squames très minces, transparentes à contours polygonaux, qui se soulèvent sur toutes les parties envahies par la rougeur, et si l'on passe la main à plat sur la surface du corps, on a la sensation d'une surface sèche et écailleuse. Cette desquamation cependant n'est pas partout la même ; elle varie beaucoup suivant les régions. Au cuir chevelu les squames sont très abon-

dantes, fines, furfuracées, d'apparence séborrhéique ; partout où il y a des poils du reste : barbe, aisselle, pubis, la desquamation revêt le même aspect. A la face palmaire des mains, plantaire des pieds, la peau est rigide et hyperkératosée, et la desquamation se fait en larges lambeaux.

Lavergne pense que cette desquamation résulte de la congestion du derme ; d'après Hallopeau et Lemierre, elle est une manifestation consécutive à l'érythème généralisé qui accompagne l'éruption du lichen.

Le prurit est très variable, dans quelques cas il est très intense ; dans d'autres au contraire, très supportable, mais il existe toujours.

L'érythrodermie que nous venons de décrire, qui accompagne, précède ou suit quelques cas de lichen plan, ne diffère pas beaucoup de celle que l'on observe dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis, etc. Ce sera donc l'élément caractéristique de la dermatose existante qui permettra de faire le diagnostic.

La peau est en certains endroits infiltrée et lichénifiée ; dans d'autres on trouve des papules typiques de lichen plan reposant sur un fond rouge violacé. Souvent ces papules sont peu évidentes, et un examen attentif seul permet de les reconnaître à jour frisant sur le fond rouge de l'exanthème.

Dans les intervalles de peau saine, il est plus facile de voir soit des papules polygonales isolées de lichen, soit des groupes de papules, véritables placards de lichen.

En dehors des cas que nous publions à la fin de cette thèse, il existe des exemples d'érythrodermies de lichen plan, observés et publiés surtout en Allemagne. Au IV^e Congrès de Dermatologie à Breslau en 1894, Neisser et Jadassohn présentèrent deux malades qui avaient entre eux une si grande analogie que les deux auteurs les présentèrent sous le même titre : *exanthème psoriasiforme et lichénoïde*. Ce qui avait frappé les auteurs, c'était la présence d'un érythème qui occupait sans aucune symétrie le tronc et les membres et desquamait par le grattage en squames sèches ; cet érythème coïncidait avec une éruption lichénoïde. Dans le cas de Neisser l'affection avait débuté par les bras et avait gagné progressivement le corps entier ; dans le cas de Jadassohn le début se fit par le cou et en quelques jours tout le corps était envahi. Juliusberg au même Congrès présentait également un malade porteur d'un lichen et d'une érythrodermie généralisée. La même année Pinkus et Neisser observaient à la clinique dermatologique de Breslau un autre cas absolument semblable aux précédents et en publiaient l'histoire.

En France, Brocq a eu également l'occasion d'observer des faits identiques ; et dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1896, il s'exprime ainsi : « Nous avons vu dans certains cas le lichen ruber planus se compliquer de poussées d'urticaire généralisée ou presque généralisée, avec prurit intolérable et la lichénification se développer en même temps avec la plus grande rapidité. Les tégu-

ments prennent alors une teinte d'un rouge vif presque uniforme, ils s'épaississent, s'œdématisent en quelque sorte, se sillonnent de quadrillages et l'on ne peut plus percevoir les éléments initiaux typiques du lichen ruber. L'aspect du malade est celui d'une érythrodermie généralisée, et l'on pourrait croire si l'on n'avait la clef de ces phénomènes que le malade est menacé d'un pityriasis rubra ou d'un mycosis fongoïde. Puis, à mesure que le prurit se calme, la peau perd sa turgescence, elle s'amincit, les lichénifications diminuent et l'éruption première reparait avec ses caractères typiques ; elle est presque toujours en voie de régression. »

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Au Congrès de Dermatologie de Paris, en 1889, Brocq proposa la classification suivante des érythrodermies exfoliantes :

1° Le pityriasis rubra pilaris ;

2° La lymphodermie pernicieuse de Kaposi, certaines variétés eczématiformes généralisées de mycosis fongoïde ;

3° Les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs ordinairement d'origine médicamenteuse ;

4° « Les poussées aiguës généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis, beaucoup plus rarement d'un lichen plan, qui n'ont ni généralisation absolue, ni évolution cyclique, et dans lesquelles il est presque toujours possible de retrouver en y mettant quelque soin l'élément caractéristique de la dermatose antérieure ; »

5° Les herpétides exfoliatives de Bazin.

Les érythrodermies qui se produisent au cours du lichen de Wilson sont de cause difficile à déterminer. On sait que le lichen plan est doué d'une irritabilité particulière et que l'application d'une pommade peut suffire à provoquer une érythrodermie généralisée.

Brocq à l'article *Erythrodermies exfoliantes généralisées* de *La Pratique dermatologique*, s'exprime ainsi : « Les poussées aiguës presque généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un psoriasis, d'un eczéma séborrhéique, d'une séborrhéide psoriasiforme, parfois d'un lichen ruber planus, ou d'un pityriasis rubra pilaris, n'ont pas d'ordinaire une bien longue durée, elles ne sont pas absolument généralisées ; *elles sont presque toujours consécutives à une intervention locale malheureuse, ou à l'administration à l'intérieur d'une substance nuisible.* »

Or, dans tous les cas que nous rapportons dans cette thèse, cette cause ne peut être invoquée ni même suspectée.

Dans l'observation II les démangeaisons ont débuté immédiatement après une émotion, et trois jours après apparaissait l'éruption *sans qu'aucun traitement interne ou externe n'ait été fait*. Dans l'observation III, sans aucun prodrome apparaît l'éruption d'apparence eczématiforme généralisée *sans qu'aucune intoxication accidentelle ou professionnelle ne puisse être regardée comme facteur étiologique*. Dans l'observation IV, sans cause appré-

cialable le malade a été pris d'une rougeur intense de la face accompagnée d'un prurit très désagréable. *La malade affirme que nulle pommade n'a été appliquée sur la peau avant son entrée dans le service, nul médicament absorbé.* De plus nous ferons remarquer que dans l'observation III il s'agit d'une *érythrodermie pré-lichénique*, et que dans les deux autres cas, c'est encore l'érythème qui avec le prurit a appelé tout d'abord l'attention du malade.

Dans les cas de Neisser, de Juliusberg, de Pinkus, de Jadassohn, nulle part on ne peut invoquer ce facteur étiologique que Brocq considère comme principal et que nous n'avons jamais trouvé.

Quelle peut donc être l'étiologie de ces érythrodermies ? Au sujet des érythrodermies exfoliantes généralisées, soit qu'il s'agisse d'érythrodermies se développant d'emblée chez un sujet sain, soit qu'il s'agisse d'érythrodermies survenant dans le cours d'une autre dermatose (et c'est le cas qui nous occupe) on peut envisager deux hypothèses : Dans la première, « il s'agit de syndrome tenant à des dispositions individuelles spéciales, qui se développe chez certains sujets sous des influences extrêmement variables, telles que des auto-intoxications diverses, des intoxications accidentelles par des toxines microbiennes, etc... La forme évolutive, l'aspect spécial, la durée, la terminaison de ces éruptions dépendent et de la prédisposition individuelle du sujet qui en est atteint, et aussi dans une certaine mesure de la cause déterminante ».

Dans la seconde hypothèse peu admise, ces érythrodermies, qui se développent au cours d'une dermatose préexistante, ne sont constituées que par « une simple transformation objective de la maladie première déviée de son type ». Cette nature serait donc complètement différente de celle des formes primitives : eczéma, psoriasis, lichen, etc.

Mais c'est à un autre point de vue que nous envisagerons ces érythrodermies dont le mode pathogénique est très obscur.

Deux théories principales sont en présence pour expliquer la nature du lichen plan : la théorie nerveuse et la théorie parasitaire.

Pour Besnier et Jacquet, cette dermatose se produit surtout chez les sujets névropathes à l'occasion d'une émotion, d'une secousse nerveuse ; elle s'accompagne parfois de phénomènes nerveux, se calme par l'action bienfaisante de l'hydrothérapie et dès que le prurit est moins intense. Pour Jacquet, le lichen n'est qu'une variété de névrodermite, ce n'est pas l'éruption qui est primitive, c'est le prurit. « Ce n'est pas la lésion cutanée qui est prurigineuse, c'est le prurit qui est pré-éruptif. » Les nombreux défenseurs de cette théorie nerveuse s'appuient encore sur cet argument : la localisation possible de l'éruption le long du trajet d'un nerf ou d'un réseau nerveux.

Cependant l'état nerveux est loin d'être constant : nombreux sont les cas de lichen survenant chez des sujets exempts de toute tare névropathique, chez des adultes vigoureux, et quelquefois chez des enfants.

Il existe souvent un état nerveux incontestable chez les malades atteints de lichen plan, mais n'est-il pas dû au prurit ? On a été amené à se demander si le lichen plan n'était pas d'origine parasitaire. C'est l'opinion de Lassar, Unna, Hallopeau.

Hallopeau dans le *Traité de Dermatologie* dit : « Nous avons vu plusieurs fois de la manière la plus nette l'affection débiter par des orifices glandulaires, ce qui donne l'idée d'une invasion infectieuse par ces orifices ; d'un autre côté, la formation de papules peut être suivie de l'apparition d'éléments semblables à leur périphérie ; ces derniers sont moins accusés que l'élément initial auquel leur développement paraît subordonné ; les choses se passent comme dans le cas d'une syphilide en groupe où l'on voit une saillie centrale papuleuse ou tuberculeuse s'entourer de groupes d'éléments plus jeunes et moins prononcés... De plus, les médicaments susceptibles d'agir sur les éléments éruptifs sont tous, sauf les douches chaudes, des parasitocides. » Enfin on a signalé (Brocq, Ormerod, Jadassohn) des cas de véritable contagion. Le lichen plan évolue comme une maladie infectieuse. Cependant toutes les recherches faites en vue de découvrir l'agent pathogène sont demeurées infructueuses.

La production des érythrodermies au cours du lichen plan ne semble-t-elle pas concorder davantage avec la théorie parasitaire qu'avec la théorie nerveuse ? Les éruptions, nous l'avons vu, sont le plus souvent généralisées, et cette généralisation

d'un érythème intense est, d'après Hallopeau, un argument en faveur de la nature infectieuse de la maladie.

Ces érythrodermies, il est vrai, sont rares : mais il faut tenir compte non seulement de la nature de l'agent infectieux que nous ne connaissons pas, mais encore du terrain sur lequel cet agent évolue : ce sont là autant de conditions qui doivent intervenir dans la production de cette complication de la dermatose initiale.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Nous avons vu les diverses modalités sous lesquelles se présentent les érythrodermies du lichen plan ; nous avons maintenant les éléments nécessaires au diagnostic qui se fera surtout par la coïncidence de l'érythrodermie et de la papule typique du lichen. Il est des cas où ce diagnostic n'est pas facile ; ce sont ceux dans lesquels l'érythrodermie dominant la scène, les éléments de lichen passent inaperçus (souvent ces éléments doivent être recherchés avec grande attention) et quand il s'agit d'érythrodermie pré-lichénique.

L'observation III donnera un exemple de la difficulté du diagnostic précoce.

Dans ce cas, le malade fut pris en avril d'une démangeaison intense accompagnée « d'une éruption d'apparence eczématiforme » qui se généralisa rapidement. Cette éruption d'une intensité remarquable avec peau rouge, sèche, écailleuse persista pendant

neuf mois, et ce n'est qu'en décembre, alors qu'existait encore au visage une érythrodermie en nappe, mais que partout ailleurs cette érythrodermie avait diminué, qu'on reconnut une éruption très étendue de lichen de Wilson, caractérisée par l'aspect brillant des éléments, leurs contours polygonaux, leur coloration d'un rouge très sombre.

Dans les deux autres observations, ainsi que dans les cas publiés en Allemagne, toujours, dès le début, un examen attentif permit de reconnaître les papules caractéristiques du lichen plan.

Lorsque ces papules typiques sont difficiles à déceler, lorsque l'éruption lichénoïde sera peu nette, la biopsie fera le diagnostic.

Reste maintenant l'interprétation nosologique des faits.

1° *L'érythrodermie est due à l'application d'une pommade.*

Cette cause devra toujours être recherchée, et nous savons qu'en effet l'irritabilité particulière du lichen peut expliquer par cette seule raison la production d'une érythrodermie. Nous avons montré plus haut que, dans les cas publiés dans ce travail, cette cause n'a jamais pu être suspectée.

2° *Entre l'érythrodermie et le lichen plan il n'y a qu'une simple coïncidence.*

Les faits que nous avons décrits sont rares, mais cependant cette hypothèse est peu vraisemblable. Dans toutes les observations, nous trouvons facilement l'intermédiaire entre l'érythrodermie et le

lichen. Dans l'observation II le grand placard qui recouvrait toute la région dorsale, ainsi que les larges nappes squameuses des régions fessières, coude, dos représentaient très nettement des intermédiaires entre les deux éruptions, il en était de même du fond érythémateux sur lequel se dessinaient des trainées de lichen plan dans les observations II et IV.

D'autre part on remarquera que ce qui caractérise ces érythrodermies, c'est la facilité et la rapidité avec laquelle elles disparaissent. Une dermatose desquamative généralisée ne disparaît pas ainsi sans laisser de traces appréciables.

Enfin, Neisser, Jadassohn, Juliusberg, Pinkus, en Allemagne, ont publié sous le nom d'*exanthème psoriasiforme et lichénoïde* des cas d'une similitude parfaite avec ceux que nous décrivons ici. Ces faits ont été également signalés en Angleterre par Radcliffe Crocker, en France Brocq a observé également de ces érythrodermies au cours ou à la fin du lichen plan.

3° *Il s'agit d'une érythrodermie mycosique à forme lichénoïde.*

L'erreur de diagnostic peut être commise au début, et quelquefois on peut se croire en présence de phénomènes prémycosiques. Au début du mycosis fongöide, les formes érythémateuses superficielles et persistantes, disposées souvent en nappes, avec lichénification de la peau; les poussées aiguës d'érythrodermie suivies d'une desquamation abondante de l'épiderme, le prurit, peuvent dans quelques cas

faire errer le diagnostic : mais l'érythrodermie coïncide tôt ou tard avec des néoplasies mycosiques, et ces tumeurs, ou souvent avant elles les petites élevures péri-pilaires, les petites nodosités enchâssées dans le derme viennent indiquer la nature mycosique de l'érythrodermie.

4° Cette dermatose est la même que celle que Radcliffe Crocker décrit sous le nom de *lichen variegatus*.

Radcliffe Crocker a décrit sous le nom de *lichen variegatus* une forme morbide qu'en Angleterre on a rattaché à la *parakeratosis variegata* d'Unna, Santi, Polizzer. Cette affection est caractérisée par « une évolution des plus lentes, la maladie durant plusieurs années *sans prurit*, sans autre symptôme objectif. L'éruption peut se généraliser et même envahir la face, ce qui est exceptionnel dans le lichen plan. La disposition générale est celle de bandes ou de plaques semi-confluentes...

« Les grandes plaques sont érythémateuses ou infiltrées, les plus petites ressemblent au lichen récent, mais toutes sont couvertes de fines squames. Leur couleur varie du jaunâtre au rouge brun. »

Cette description est loin de s'adapter aux cas que nous publions, ainsi qu'aux cas de Neisser, Jadassohn, Pinkus, Juliusberg, et cependant Radcliffe Crocker a voulu ranger ces derniers dans le groupe du *lichen variegatus*. Ce sont là des faits très différents. Dans le *lichen variegatus* le prurit est nul, l'érythrodermie est disposée en placard, la

couleur est jaunâtre ou brunâtre ; dans les érythrodermies que l'on observe au cours du lichen plan, au contraire, le prurit est intense, quelquefois atroce, l'érythrodermie est généralisée et exfoliante, l'éruption est rouge sombre et même livide.

6° *Le diagnostic pourra encore se faire avec un eczéma séborrhéique ou un psoriasis.*

Mais les squames ne présentent pas le même caractère, elles sont fines, adhérentes, à contour polygonal et enfin on observe presque toujours des papules wilsonniennes typiques.

En résumé, les érythrodermies qui se produisent au début, au cours ou à la fin du lichen plan appartiennent à un type morbide nettement caractérisé. Le diagnostic se fera par la coïncidence de l'érythème et de la papule typique, et par l'examen biopsique de la lésion quand cette papule sera difficile à déceler.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

La marche du lichen plan est essentiellement chronique, son évolution est très lente, sauf dans les cas de *lichen plan aigu* (Lavergne), où il se développe avec une grande rapidité et une intensité de phénomènes remarquable.

Au bout d'un temps variable assez long (plusieurs mois) la maladie peut regresser sans aucun traitement, les papules et les plaques pâlissent et disparaissent petit à petit sans autre phénomène et les récives ne sont pas fréquentes.

L'évolution du lichen plan compliqué d'érythrodermie n'est ni hâtée ni retardée.

Le pronostic du lichen plan n'est pas grave et les érythrodermies ne viennent pas l'assombrir. Les phénomènes généraux sont en général peu importants ou nuls, le prurit seul est plus intense, mais l'intensité de ce prurit peut être considérable et devenir alors une véritable complication avec l'in-

somnie et les troubles nerveux qu'il peut provoquer. Les érythrodermies augmentent peut-être la durée de la dermatose, mais elles disparaissent en trois ou quatre semaines sans laisser de trace.

*
* *

Le traitement du lichen plan peut être général ou local.

On a préconisé l'arsenic donné à doses prolongées. Ce médicament agit bien plus comme modificateur de la nutrition générale que comme spécifique de lésion cutanée. On peut le donner sous forme de liqueur de Fowler.

Pour combattre les troubles nerveux qui accompagnent le lichen de Wilson les douches préconisées par Jacquet sont un excellent remède. Elles doivent être données tièdes à 34 ou 37 degrés pendant cinq minutes environ. Mais c'est encore là un traitement qui a surtout pour effet d'agir sur la santé générale, rétablissant le sommeil, régularisant les fonctions digestives et calmant presque immédiatement le prurit. C'est un traitement qui procurera un grand soulagement au malade, diminuera l'intensité de la dermatose, mais n'exercera pas une influence réelle sur l'évolution de la maladie.

Contre le prurit on peut employer des badigeonnages avec l'acide phénique ou l'acide salicylique à 1/40 dans de l'alcool glyciné, préconisé par Kaposi.

Localement on a employé avec succès sur l'élé-

ment éruptif le collodion riciné avec 2 100 de biiodure de mercure (Hallopeau), le glycérolé tartrique à 1 20.

Dans les cas de poussées aiguës accompagnées d'érythrodermies, les applications de pommade à l'oxyde de zinc produisent un excellent effet : elles font pâlir très rapidement l'érythème et diminuent l'intensité des lésions. On pourra encore prescrire avec avantage les bains d'amidon prolongés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1890, p. 36. — HALOPPEAU).

Le nommé B... R., âgé de cinquante-six ans, peintre décorateur, entre le 19 septembre 1884 salle Hillairet.

Son éruption a débuté en 1879, par le développement d'une plaque au-dessus et en dedans du genou gauche ; elle est restée longtemps isolée tout en s'agrandissant peu à peu.

En 1881 apparaît une petite tache non saillante à la partie postérieure de la jambe gauche, cette tache s'étend de même progressivement et petit à petit ; une tache semblable se manifeste bientôt au niveau du tendon du triceps crural.

En 1884, au mois de janvier, le malade remarque sur sa jambe droite une autre petite tache rouge qui s'étend en surface en même temps qu'elle devient de plus en plus saillante. Depuis lors sur les mêmes membres, d'autres macules se manifestent et suivent le même développement, la santé générale est bonne.

Le 20 septembre, on voit sur la face dorsale du pied droit, des saillies papuleuses, luisantes, saillantes, résistant sous le doigt, de dimensions variables, les plus petites ont celles d'une

tête d'épingle, d'autres atteignent celles d'une lentille ; certaines d'entre elles sont recouvertes de squames, tantôt périphériques tantôt centrales, elles sont en général de couleur rouge sombre. Leur principal siège se trouve sur la face antérieure du membre. Quelques-unes sont agminées et se touchent.

A la jambe droite, les papules sont plus considérables. On en voit une au cou-de-pied, un groupe à la partie inférieure et antéro-externe, d'autres à la partie postéro-externe du membre ; elles remontent jusqu'à sa partie moyenne ; des plaques sont formées par un nombre considérable de papules ; leurs contours sont sinueux ; aucune n'est nettement circulaire, leur saillie est considérable : la plus grande atteint le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; d'autres sont miliaires, on les voit surtout au pied ; on trouve tous les intermédiaires. Quelques-unes sont entourées d'un cercle érythémateux de petite dimension.

On voit en outre, à la jambe gauche, deux taches allongées verticalement, l'une de coloration biliaire, l'autre de coloration rouge brun ; elles ne s'effacent pas sous la pression des doigts. Sur la première, l'épiderme est ridé, elles ont débuté par des macules.

Le malade assure que les papules sont de beaucoup postérieures aux macules ; avec la papule apparaît l'induration.

A la jambe gauche se trouvent deux plaques apparues les premières, ce sont deux taches non saillantes d'un rouge brun. Vers le genou on voit une éruption de papules analogues à celles du membre opposé, de dimensions, de couleur variables. Au devant de l'extrémité supérieure du tibia, elles forment une plaque dont le grand diamètre transversal mesure 5 centimètres $1/2$; elle est saillante, à bords sinueux, couverte de squames et de coloration rouge brun.

Sur chaque plaque saillante on voit, à un examen attentif, un grand nombre de dépression en cupules qui représentent des orifices glandulaires dilatés.

Sur un certain nombre de papules, on voit de petites masses épidermiques au fond d'une cupule entourant la base du poil.

L'éruption est traitée par des applications de la pommade suivante :

Vaseline blanche.		100 gr.
Sublimé		0 gr. 20
Acide phénique.		4 gr.

19 avril. — Il n'y a pas d'abord d'amélioration ; mais bientôt les papules s'affaissent, les plaques pâlisent et l'éruption disparaît sans laisser de trace.

Pendant cinq ans il ne se produit pas de nouvelle manifestation. En janvier 1890 seulement, la malade voit apparaître l'éruption actuelle ; ce sont d'abord des taches d'un jaune brunâtre qui envahissent la partie supérieure de la jambe gauche ; elles s'agrandissent sans former de saillie appréciable au-dessus de la peau ; elles donnent lieu par instant à du prurit. On voit au-dessous du genou gauche, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, une plaque large de six travers de doigt et haute de deux : violacée dans la plus grande partie de son étendue, elle prend à sa périphérie une coloration d'un jaune foncé qui rappelle celle de la bile ; elle s'efface en partie sous le doigt ; dans sa partie centrale, la peau est légèrement épaissie. Nulle part on ne voit de nodules ni de papules. Cependant, on note sur cette plaque des dépressions punctiformes identiques à celles que l'on observe dans le lichen. A la partie externe de la

jambe, se trouvent des plaques analogues mais de dimensions plus restreintes. Leur coloration est du même jaune foncé avec points plus pigmentés. Aucune d'elle n'est saillante. Leur aspect rappelle celui d'ecchymoses déjà anciennes.

Il existe des plaques identiques au niveau des malléoles internes, elles présentent les mêmes colorations, les mêmes points noirâtres nombreux, qui paraissent, comme les dépressions punctiformes de la grande plaque, répondre à des orifices glandulaires, les uns ouverts, les autres masqués par l'épiderme.

9 avril. — La plaque située au-dessous du genou gauche s'est étendue; elle présente dans la plus grande partie de son étendue une coloration d'un rouge vif; sa surface est lisse; elle est particulièrement recouverte de très minces croûtelles consécutives à l'application d'un emplâtre au bichlorure. Plus en dehors, on voit des grains isolés qui semblent correspondre à des orifices glandulaires. Le malade très attentif, a remarqué que les lésions commencent à être jaunes puis deviennent rouges dans la suite. Les éléments éruptifs se sont multipliés et on peut voir toutes les phases intermédiaires entre les altérations initiales et ces grandes plaques. Ce sont d'abord de petites taches punctiformes d'un jaune sombre qui paraissent correspondre aux orifices glandulaires, puis ces grains se groupent en plaques qui deviennent d'un rouge vif. La coloration jaune sombre domine, elle est très différente de celle qui s'observe dans le lichen plan vulgaire.

Le malade éprouve une sensation prurigineuse au niveau des plaques.

A la jambe droite l'éruption remonte à deux mois; il y a des plaques nombreuses autour du genou, d'une coloration rouge sombre; on note les mêmes grains pigmentés dont les uns

répondent aux orifices glandulaires, tandis que les autres paraissent recouverts par l'épiderme ; la coloration de ces plaques rappelle celle du *pityriasis versicolor*.

Au-dessous de la malléole externe, une plaque rouge sombre plus épaisse ressemble à une plaque affaissée de lichen plan.

OBSERVATION II

(*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1899, p. 72. — HALLOPEAU et LESOURD.)

Sur une forme aiguë de lichen de Wilson avec poussée érythrodermique.

Les démangeaisons d'après les assertions de la malade ont débuté immédiatement après une vive émotion ; et elle a remarqué trois jours après au niveau des cuisses le début de l'éruption.

Celle-ci s'est rapidement étendue, et elle intéresse particulièrement toutes les parties du corps sauf les plantes des pieds et le cuir chevelu.

Elle s'est accompagnée au début de vives sensations prurigineuses avec exacerbations nocturnes ; elles ont fait place à une cuisson presque continue. Sur les cuisses, le bas ventre, les régions fessières et lombaires et le devant du thorax, l'éruption est confluyente ; elle simule une érythrodermie mycosique, mais un examen attentif permet d'y reconnaître à jour frisant la présence de papules typiques formant un relief presque nul ; elles reposent sur un fond uniformément d'un rouge violacé. Il se produit dans les parties atteintes une fine et abondante

desquamation pityriasiforme. Malgré l'intensité du prurit, les lésions de prurigo font complètement défaut.

A la partie inférieure de l'abdomen et antéro-supérieure des cuisses, l'éruption est moins confluyente, si ce n'est au niveau du pli inguinal où les éléments sont confondus en une traînée qui lui répond exactement ; des traînées analogues, mais moins larges, existent au niveau des plis axillaires.

En diverses régions et particulièrement au-dessus des aines, l'éruption a pour éléments principaux des figures polygonales circonscrites par des stries opalines formant une saillie appréciable à la vue et au toucher et circonscrivant une aire fortement pigmentée ; le tissu ambiant est également plus fortement pigmenté et les stries opalines ressortent d'autant mieux ; on distingue aussi des plaques présentant une coloration opaline par le fait du grand nombre de stries qui s'y entrecroisent elles englobent plusieurs aires non saillantes et fortement pigmentées dont les dimensions varient entre celle d'une lentille et celle d'un grain de chènevis ; ces mêmes éléments circinés se retrouvent en abondance au niveau des aisselles.

Dans les paumes des mains, l'éruption offre des caractères tout particuliers ; ce sont de petites saillies de consistance cornée, de couleur jaunâtre, légèrement translucides et donnant l'idée de vésicules que l'épaisseur du derme palmaire empêcherait de se rompre ; le malade assure en effet avoir fait sourdre du liquide de l'une de ces saillies ; nous n'avons pas pu y parvenir.

Les éléments sont groupés autour des sillons verticaux, dans leur moitié supérieure ; l'ensemble de leur disposition rappelle la figure d'un sablier dont l'une des bases répondrait au pli du poignet ; ils occupent également les parties voisines des éminences thénar et hypothénar.

L'éruption est confluyente sur les grandes lèvres ; on voit sur les petites lèvres quelques éléments isolés ; les ganglions inguinaux et axillaires sont le siège d'une notable tuméfaction.

La malade est soumise à un traitement de douches chaudes et pommade à l'oxyde de zinc, l'acuité des lésions ne permettant pas l'emploi d'une médication plus active.

Quinze jours plus tard, nous constatons que l'éruption desquamée partout en fines écailles : au niveau des sabliers palmaires, les squames sont plus épaisses que dans les autres régions et sont restées adhérentes ; elles reposent sur un fond rouge ; elles se sont développées consécutivement à l'affaissement des petites saillies mentionnées précédemment. Il persiste encore un certain nombre de ces saillies au niveau des éminences voisines ; plusieurs d'entre elles se sont affaissées et ne sont plus représentées que par une squame.

Actuellement, l'éruption a partout pâli ; elle reste cependant sombre avec tons violacés dans les régions hypogastriques et lombaires où elle ne disparaît que très incomplètement sous la pression du doigt ; la rougeur est toujours confluyente dans ces parties ainsi que dans la région postérieure des cuisses ; ce n'est qu'en les regardant à jour frisant que l'on peut y distinguer des stries opalines circonscrivant des éléments de lichen.

L'examen du sang y dénote 4,5 o/o d'éosinophiles.

OBSERVATION III

(Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, janvier 1905, p. 13. — HALLOPEAU et RENALT.)

Sur une érythrodermie généralisée pré-lichénique avec dystrophies.

Le nommé D..., soixante et un ans, garçon d'hôtel, entré à l'hôpital Cochin, salle 11, lit n° 73, le 19 avril 1903.

Homme vigoureux, rien de particulier dans ses antécédents tant héréditaires que personnels.

Le 1^{er} avril 1904, sans aucun prodrome, il commence à sentir des démangeaisons, d'abord localisées aux mains, puis généralisées; rapidement celles-ci deviennent d'une intensité extrême.

Bientôt apparaît une éruption d'apparence eczématiforme; après avoir débuté par les mains, elle se généralise à toute la surface cutanée.

Aucune intoxication accidentelle ou professionnelle ne peut être regardée comme facteur étiologique; le malade n'a jamais eu aucune affection cutanée; personne dans sa famille non plus.

Aspect objectif. — Tout le revêtement cutané est malade sans aucun intervalle de peau saine; la peau est rouge, sèche, écailleuse; les squames, de dimensions moyennes au niveau du corps, sont très épaisses au niveau des extrémités où elles se dessèchent en larges écailles; au niveau de la face, l'éruption est très intense et un peu suintante; il y a chute des cils et des sourcils, le visage est absolument glabre. Le malade se plaint

de démangeaisons extrêmement vives et pénibles, entraînant une insomnie absolue.

Du côté de l'appareil digestif existe un état saburral ; la langue est sale, l'anorexie à peu près complète, il y a de la constipation.

Le malade est atteint d'une bronchite.

Rien au cœur.

Les urines sont rares et foncées, il y a un léger nuage d'albumine.

Pas d'élévation de la température.

Traitement. — Bains de son. Onction au liniment oléo-calcaire alternant avec des onctions à la pommade à l'oxyde de zinc. Application d'un masque de caoutchouc sur le visage. Régime lacté.

Le masque de caoutchouc est très mal supporté, il détermine une irritation assez vive avec augmentation de la rougeur et démangeaisons.

La maladie continue à évoluer sans que le traitement puisse exercer une influence bien marquée.

Cependant les bains de son et le liniment oléo-calcaire calment assez bien les démangeaisons. Après les onctions le malade est complètement enveloppé de ouate.

Il y a des rémissions de quelques jours pendant lesquels la rougeur diminue ; la peau est toujours sèche et craquelée ; puis de nouveau la rougeur augmente, de larges lambeaux se détachent de toute la surface cutanée.

Au bout de quelques semaines, les ongles tombent ; les paupières sont rétractées et en ectropion ; d'où conjonctivite, larmolement et photophobie. Le malade maigrit et se cachectise. Après un certain nombre d'alternatives de rémission et

d'aggravation, la desquamation semble s'arrêter, et le malade quitte l'hôpital après avoir été atteint d'une hémiplegie droite.

Il entre au n° 34 de la salle Bazin le 12 décembre.

L'aspect de l'éruption s'est considérablement modifié.

Au visage seulement persiste l'érythrodermie en nappe généralisée avec fine desquamation et ectropion.

Partout ailleurs, il y a généralement des intervalles, où la peau, tout au moins à un examen superficiel, paraît exempte d'altérations.

L'éruption est très abondante sur toute la partie antérieure du tronc où il y a des plaques d'un rouge plus vif et disparaissant davantage sous la pression du doigt; les quatre cinquièmes inférieurs de la région dorsale sont occupés par une large nappe où il n'y a qu'un petit nombre d'intervalles de peau saine.

L'éruption est abondante également au siège, elle l'est moins sur la partie inférieure des fesses et supérieure des cuisses. Les taches sont également nombreuses sur toute la partie inférieure des jambes. Elles y présentent la dimension d'un grain de millet ou de chènevis. Les plantes des pieds sont aujourd'hui indemmes; elles ont desquamé en masse. Les ongles des orteils sont tombés, et, actuellement, ceux du gros orteil, du deuxième et du petit orteil droits font défaut.

Aux membres supérieurs, l'éruption est très abondante à la partie postérieure du bras, de l'avant-bras et du dos des mains où les taches sont confluentes.

Les ongles des doigts sont tous tombés au début. Actuellement encore, on les voit profondément altérés, striés verticalement, dépolis à leur surface, érodés à leur partie inférieure. Légère desquamation de la paume des mains. La poussée de

taches s'arrête nettement au poignet. Les dos des mains sont violacés et froids. Les rougeurs sont plus prononcées au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, surtout à droite.

Au niveau des coudes, on voit quelques macules décolorées, d'apparence cicatricielle disposées en groupe. Il y a en outre au niveau de l'épicondyle droit une saillie lenticulaire dure, décolorée, paraissant intéresser la face profonde du derme et des squames abondantes, nacrées, qui, lorsque le malade s'est présenté à la consultation, donnaient l'illusion d'un psoriasis.

L'éruption occupe également la verge, et est représentée sur le gland par des taches érythémateuses. Les cheveux et la barbe sont très raréfiés; le cuir chevelu est le siège d'une desquamation furfuracée.

Les ganglions maxillaires et inguinaux sont notablement tuméfiés.

Le malade est en proie à un prurit des plus violents et continu qui augmente par poussées et l'oblige à se gratter avec frénésie; il n'y a qu'un très petit nombre de croûtes de prurigo.

Pas d'altération de la bouche.

Parésie assez marquée du côté droit et peu prononcée à la face.

Le tronc et les membres sont le siège d'éléments éruptifs d'un rouge brun très sombre, ne disparaissant pour la plupart que peu ou point sous la pression des doigts, à contours polygonaux, à surface brillante, légèrement saillants, ayant ordinairement l'aspect de papules planes de lichen; d'autres papules sont en voie de régression et se présentent sous la forme de taches d'un jaune bistré pâle.

Au point de vue des dimensions, de la forme et du grou-

pement des éléments éruptifs, on distingue les modalités suivantes :

1^{re} De petites saillies polygonales, isolées, brillantes, brunâtres, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet ;

2^o Des traînées linéaires, curvilignes, constituées par la confluence d'éléments semblables aux précédents et atteignant 5 millimètres de largeur et 5 centimètres de longueur ;

3^o Des placards circulaires ou elliptiques, complets ou incomplets, à bords réguliers ou sinueux, décolorés et affaissés dans leur partie centrale, **nettement quadrillés** ;

4^o De larges nappes polycycliques où des éléments décolorés sont **entremêlés aux saillies brunâtres** ;

5^o Des papules décolorées et saillantes ;

6^o Des macules décolorées et affaissées au-dessous de la peau saine ;

7^o Des groupes de saillies prononcées, irrégulièrement rectangulaires que séparent des sillons transversaux et verticaux ;

8^o Des îlots de desquamation simulant au coude le psoriasis ;

9^o Dans l'intervalle des éléments précédents, d'innombrables petites élevures polygonales, brillantes, ayant la couleur de la peau saine ;

10^o Au visage, une érythrodermie généralysée avec desquamation et ectropion ;

11^o Aux extrémités des doigts et des orteils, des troubles trophiques caractérisés par la chute de plusieurs ongles ;

12^o Des pustulettes centrées d'un poil.

Une biopsie a été pratiquée par M. Sabouraud, il a résumé les résultats de l'examen histologique dans la note suivante :

La lésion biopsiée est d'un lichen plan certain, bien qu'elle

présente des particularités qui ne s'observent pas constamment dans le lichen plan. La lésion enlevée est d'un infiltrat dermique formé de cellules jeunes dans le corps papillaire et la partie supérieure du derme.

L'épiderme est aminci contrairement à la normale et sa couche granuleuse n'est pas augmentée d'épaisseur comme dans le lichen plan à son début ; mais les bourgeons interpapillaires sont amincis, rarefiés, effilés et dessinant des ogives, suivant la disposition très caractéristique du lichen plan. Enfin, il existe entre le derme et l'épiderme, au niveau du premier rang des cellules épidermiques, de petits infiltrats séreux intercellulaires, contenant une ou deux cellules migratrices suivant la disposition très particulière du lichen plan.

Dans le derme existent de grandes cellules macrophages, chargées de pigment et qui ne s'observent qu'à la phase de régression de la maladie.

OBSERVATION IV (personnelle)

Le nommé L... Hippolyte, âgé de quarante-deux ans, entre 13 octobre le 1905, salle Bazin, à l'hôpital Saint-Louis.

Le malade est peu affirmatif sur la date du début de son affection ; les premiers symptômes observés par lui datent d'environ un mois. A ce moment sans cause appréciable, il a été pris d'une rougeur intense de la face accompagnée d'un prurit très désagréable. Rapidement cette rougeur et ce prurit se sont propagés à une grande partie du reste du corps. Le malade affirme que nulle pommade n'a été appliquée sur la peau avant son entrée dans le service, nul médicament absorbé.

C'est en effet un érythème généralisé de la face, sans aucun intervalle de peau saine qui arrête tout d'abord l'attention. La peau est d'un rouge vif, sèche et notablement épaissie à la face, au cou et au cuir chevelu.

Au cou, cet érythème affecte une forme pytiriasique.

Le cuir chevelu et le visage sont le siège d'une desquamation fine et abondante d'apparence séborrhéique.

Cette érythrodermie et cette desquamation furfuracée se continuent d'une façon très régulière sur le tronc : toute la face antérieure du thorax, les faces latérales, les épaules sont envahies par cette éruption d'un rouge vif et desquament abondamment ; sur le dos l'érythème est d'un rouge plus foncé disparaissant peu ou point à la pression du doigt.

Les bras et les avant-bras sont couverts d'un érythème semblable, brusquement cette éruption cesse à la face antéro-interne du bras droit où l'on voit une large surface de peau saine, longue de 12 centimètres, large de 4 centimètres. A ce niveau se détachent de nombreuses papules jaunâtres, aplaties, polygonales, non groupées, éléments caractéristiques du lichen de Wilson.

La paume des mains présente une hyperkératose complète.

L'érythrodermie cesse également un peu au-dessus de l'ombilic, laissant une large surface de peau saine, uniformément large de quatre travers de doigt et affectant la forme d'une ceinture. Sur cette partie non envahie par l'érythrodermie, on trouve de nombreuses papules de lichen plan fusionnées en placards irréguliers, circonscrits par des lignes polygonales.

Le dos au contraire est envahi tout entier par l'érythrodermie depuis l'occiput jusqu'à la racine des cuisses ; l'érythème est généralisé d'un rouge violacé ; à la partie moyenne de la

fesse droite on voit cependant une bande de peau de coloration normale, parallèle au sillon interfessier à 5 centimètres de lui et sur laquelle se détachent très nettement des traînées linéaires d'éléments de lichen plan.

Au niveau des aines, deux larges placards de nuance rosée formés par le groupement de nombreux éléments de lichen et sur lesquels on voit des stries blanchâtres.

La région du pubis est rouge vif et présente une desquamation furfuracée très abondante, on y reconnaît quelques papules aplaties de lichen.

Adénopathie inguinale.

Rien sur la verge.

Les cuisses et les jambes sont indemnes de toute érythrodermie, les éléments de lichen sont discrets et disséminés.

Aux genoux sur le condyle interne deux plaques rosées formées par la réunion de papules wilsonniennes.

Rien aux jambes.

Sur presque toute la face dorsale interne des pieds et symétriquement des deux côtés, sur le cou-de-pied on trouve de nombreux éléments de lichen plan.

Hyperkératose plantaire et desquamation en larges lambeaux.

14 octobre. — Le malade est enduit d'une couche épaisse de pommade à l'oxyde de zinc.

En trois jours le prurit diminue considérablement, devient très supportable et disparaît.

L'érythrodermie pâlit rapidement mais persiste encore pendant quinze jours.

Le malade sort complètement guéri le 12 novembre.

CONCLUSIONS

1° Les érythrodermies qui se produisent au début, au cours ou à la fin du lichen plan appartiennent à un type morbide nettement caractérisé.

2° Ces érythrodermies sont le plus souvent généralisées ; elles s'accompagnent d'un prurit d'intensité variable mais constant, elles apparaissent le plus souvent avec une grande rapidité, sans cause appréciable et disparaissent sans laisser de traces. Leur durée est généralement de deux à trois semaines.

3° Ces érythrodermies sont rares et de cause difficile à déterminer, mais leur généralisation, leur marche sont pour quelques-uns un argument en faveur de la doctrine parasitaire du lichen plan.

4° Ces érythrodermies doivent être nettement séparées des érythrodermies dues à l'application d'une pommade ou à l'absorption d'un médicament, des érythrodermies mycosiques, du lichen variegatus. Le diagnostic se fera par la coïncidence de l'éry-

thème et de la papule wilsonnienne, et par l'examen biopsique quand l'élément typique du lichen plan sera difficile à trouver ou peu net.

Vu le Président de la thèse :

GILBERT

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BESNIER, BROCC et JACQUET. — La pratique dermatolog. publiée sous la direction de Besnier, Brocc et Jacquet. Art. Lichen, t. III, p. 175.
- La pratique dermatologique. Art. Erythrodermies exfoliantes généralisées, t. II, p. 548.
- BESNIER. — Pathogénie des érythèmes. Ann. de Derm. et Syph. 1890, p. 12.
- BUCHANAN BAXTER. — British med. Journal, 26 juli 1879, p. 205.
- BROCC. — Annales de Derm. et Syph. 1886, p. 388.
- Notes sur les aff. génér. rouges et desquamatives. Comptes rendus du Congrès internat. de Derm. et de Syph. de 1889, p. 72.
- Nouvelles notes cliniques sur la lichénification et les névrodermites. Ann. de Derm., 1896, p. 779 et 937.
- RADCLIFFE CROCKER (H.). — « Lichen planus: its variations, relations, and imitations. Introductory to a discussion at a special meeting of the dermatological Society of London, held on 4 november 1900 ». The British journal of. dermat. 1900, p. 421.
- DUBREUILH et SABRAZÈS. — Sur deux cas de lichen plan miliaire à marche aiguë. Ann. de la policlin. de Bordeaux, janvier 1892, p. 61.

GAUCHER et BARBE. — Lichen plan atrophique pigmenté. Ann. de dermat., 1895, p. 302.

HALLOPEAU. — Du lichen de Wilson. Sem. médicale, 8 décembre 1897, p. 450.

— De l'action pathog. des toxines dans la production des maladies de la peau. Sem. médicale, 1897, p. 318.

— Sur un lichen en nappe. Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., avril 1890, p. 36.

HALLOPEAU et LE SOURD. — Sur une forme aiguë de lichen de Wilson avec poussée érythrodermique. Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., 1899, p. 72.

HALLOPEAU et RENAUD. — Sur une érythrodermie généralisée pré-lichenique avec dystrophies. Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et de Syph., janvier 1905, p. 13.

HALLOPEAU et LEREDDE. — Dermatologie, p. 795.

JADASSOHN. — Ueber ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. Verhandl. der deutschen dermatolog. Gessellsch. IV^e Congress Breslau, 1894, p. 524.

JULIUSBERG. — Ueber einen Fall von psoriasiformen und lichenoiden exanthem. Arch. f. Derm., 1897. Bd. 41, p. 257.

KAPOSI. — Dem lichen ruber planus mit Erythem. Archiv. für Derm., 1892, XXIV, p. 344.

LAVERGNE. — Contribution à l'étude du lichen plan. Thèse, Paris, 1883.

NEISSER. — Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. Verhandl. der deutschen dermatolog. Gessellsch. IV Congress, Breslau, 1894, p. 445.

NEUMANN. — Dem Erythema toxic. Lichen ruber. Arch. f. Derm., 1891, XXIII, p. 148-158.

PINKUS. — Ein Fall von psoriasiformen und lichenoïden Exanthem. Arch. f. Derm., 1897. Bd. 44 (Festschrift Pink), p. 76.

TOROCK. — In zerstreuten Flecken auftretende schuppige Erythrodermie. Pest. medical, chirurg. Presse, 1901, n° 1.

UNNA, SANTI, POLITZER. — Ueber die parakeratosen in allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1890. Bd. 10, p. 164.

